第1号様式(第3条関係)

阿賀野市知的障害児者手当支給申請書

年　　月　　日

　　阿賀野市長　様

　　　　　　　　　　　　　　申請者(扶養義務者)

住所

氏名

(　障害者との続柄：　　　　　)

　　次により、知的障害児者手当の支給を申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 障害者  （対象者) | 氏名 |  | | 生年月日 | 年　　　月　　　日 | |
| 住所 |  | | 電話番号 |  | |
| 療育手帳番号及び程度 | 第　　　　　　号　Ａ ・Ｂ | | | 次回判定日 | 年　　月　　日 |
| 支払希望金融機関 | | 銀行  支店 | | 口座番号 | |  |
| 世帯の状況（本人除く) | 氏名 | 続柄 | 生年月日 | 職業 | | 備考 |
|  |  | 年　　月　　日 |  | |  |
|  |  | 年　　月　　日 |  | |  |
|  |  | 年　　月　　日 |  | |  |
|  |  | 年　　月　　日 |  | |  |
|  |  | 年　　月　　日 |  | |  |
|  |  | 年　　月　　日 |  | |  |

|  |  |
| --- | --- |
| ※　審査結果 | 1　認定(　　　　年　　　月分から支給)  2　不認定 |

備考

　1　口座は対象者本人名義のものを記入すること。

　2　続柄は対象者本人からのものを記入すること。